**DICHIARAZIONE PERSONALE**

**PER LA DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO**

**ESISTENZA FIGLI**

**(cancellare le voci che non interessano)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | |  |
| Nato/a | | Prov. |
| il | |  |
| residente a | | Prov. |
| Via |  | Cap. |

|  |  |
| --- | --- |
| Email e numero di tel. | Email numero tel. |
| Titolare (posto/classe di concorso/sostegno) |  |

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a norma delle disposizioni contenute nel DPR n. 445 del 28-12-2000 e s.m.i., il possesso delle seguenti **esigenze di famiglia (LETTERE B E C)**  in base alla tabella relativa alla mobilità allegata al CCNI sulla mobilità per l’a.s. 2019/20 **(è possibile cancellare le voci che non interessano):**

1. **FIGLI MINORENNI INFERIORI AD ANNI 6 (pp. 4 per ogni figlio):**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

1. **FIGLI SUPERIORI AD ANNI 6 ED INFERIORI AD ANNI 18 (pp. 3 per ogni figlio):**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**FIGLIO MAGGIORENNE CHE RISULTA TOTALMENTE O PERMANENTEMENTE INABILE A PROFICUO LAVORO (pp. 3 per ogni figlio):**

**che il figlio maggiorenne**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a il | A Prov. |

**risulta totalmente/permanentemente inabile a proficuo lavoro.**

**Allegati:**

* **certificazione sanitaria o copia della medesima, rilasciata dalle ASL o dalle previgenti commissioni mediche provinciali.**